

DES RAPPORTS
ENTRE
L'APPENDICITE ET LA SALPINGO-OVARITE

ESSAI DE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Juillet 1895.

PAR

Louis BESSON

Né à SAINT-HIPPOLYTE-DU-FORT (Gard)

Ex-Interne des Hôpitaux de Nîmes

(Deux médailles d'or, Epidémie cholérique)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE CHARLES BOEHM

ÉDITEUR DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
GARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Clinique chirurgicale.....	MM. DUBRUEIL (✱).
id. SERRE (Chargé du Cours).	
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique.....	N....
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (✱).
Anatomie.....	PAULET (O. ✱ ✚).
id. GILIS (Chargé du Cours).	
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Opérations et Appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HÉDON.
Histologie.....	VAILLETON.
Pathologie interne.....	N....
id. RAUZIER (Chargé du Cours).	
Médecine légale et Toxicologie.....	N....
id. DUCAMP (Chargé du Cours).	

Professeur honoraire : M. JAUMES.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.....	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.
Histologie.....	DUCAMP, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. SERRE.	MM. SARDA.	MM. LAPEYRE.
BAUMEL.	ESTOR.	MOITESSIER.
GERBAUD.	LECERCLE.	
GILIS.	DUCAMP.	
BROUSSE.	RAUZIER.	

MM. H. GOT, *Secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. TÊDENAT, <i>président.</i>		MM. ESTOR, agrégé.
FORGUE, professeur		LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA TANTE MADAME VEUVE NASON

L. BESSON.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
Monsieur le Professeur TÉDENAT

L. BESSON.

INTRODUCTION

La symptomatologie des inflammations du petit bassin chez la femme a certes fait, dans ces dernières années, d'immenses progrès.

D'une part, l'anatomie, l'histologie pathologique et la bactériologie précisant la forme des lésions et recherchant la cause intime des phénomènes ont permis de pénétrer plus avant dans ces questions difficiles en dissociant peu à peu les diverses parties qui les composent, étudiant séparément les divers facteurs en cause dans la genèse de la maladie.

D'autre part, la chirurgie aseptique, plus audacieuse que jamais, explorant par la laparotomie ces divers organes en pleine vie, en plein processus morbide, a pu saisir les diverses phases de ces phénomènes pour ainsi dire sur le fait et leur appliquer les données qu'elle tenait de l'anatomie pathologique tout en fournissant à cette dernière des renseignements, on le comprend, de la plus haute importance.

Mais ces distinctions faites dans le laboratoire ou sur la table d'opérations, restait un dernier point, c'était de les appliquer à la clinique. Là, les difficultés ont commencé. Le petit bassin chez la femme est, en effet, une sorte de carrefour, dans lequel bien des organes aux destinations différentes sont placés côte à côte. A l'état normal déjà, leur situation respective peut être variable, on pense bien qu'à l'état pathologique ces rapports peuvent être

changés de fond en comble et dérouter le chirurgien qui, explorant de l'extérieur seulement, ne peut se rendre que faiblement compte de ces rapports anormaux.

Le diagnostic différentiel des maladies ou des affections de deux organes voisins doit donc être de ce fait d'une assez grande difficulté en clinique.

C'est ainsi que nous avons été amené, sous l'inspiration de notre maître M. le professeur Tédénat, à examiner les conséquences du rapport, du voisinage pour mieux dire, de la trompe et de l'appendice iléo-cæcal.

Rechercher si les deux organes, l'un ou l'autre malade, ne réagissent pas l'un sur l'autre, tel est le but de notre étude.

Ainsi qu'on le verra dans la suite, deux ordres de faits sont en présence : d'une part les maladies d'un des deux organes peuvent de par la situation de cet organe être prises pour des maladies de l'autre, et dans ce cas, c'est la recherche d'un ou de plusieurs symptômes de diagnostic différentiel que nous devons faire ; d'autre part les maladies d'un des organes peuvent se transmettre à l'autre, et dans ce dernier cas nous devons étudier le mode et les conditions de cette propagation. Quelques observations recueillies dans le service de M. le professeur Tédénat et mises par lui obligeamment à notre disposition nous ont engagé à baser sur elles ce modeste travail dont l'idée mère doit lui être attribuée. Nous sommes heureux de lui dire combien nous avons pour lui de gratitude en cette occasion.

Nous ne voulons pas oublier non plus M. le professeur Forgue et MM. les professeurs agrégés Estor et Lapeyre, qui ont bien voulu faire partie du jury de notre thèse.

En terminant, nous ne pouvons mieux faire, croyons-nous, que d'adresser à tous nos Maîtres de la Faculté nos meilleurs sentiments de reconnaissance, nous n'oublierons pas combien ils ont été pour nous remplis d'attention et de bienveillance.

DES RAPPORTS
ENTRE
L'APPENDICITE ET LA SALPINGO-OVARITE

ESSAI DE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

CHAPITRE PREMIER

Du diagnostic différentiel entre l'appendicite et la
salpingo-ovarite

Ainsi que nous le disions dans notre introduction, il existe une série de faits, un certain nombre d'observations, démontrant que le diagnostic différentiel entre l'appendicite et la salpingo-ovarite était souvent difficile à faire.

Les symptômes, les signes tirés de l'examen, les commémoratifs eux-mêmes, présentent un certain nombre de faits communs, à tel point que les deux maladies peuvent se simuler l'une l'autre.

Et nous ne donnons pas ici notre opinion personnelle, de peu de valeur croyons-nous, mais celle de maîtres éminents et fort au courant de la question. C'est ainsi que Talamon dit en propres

termes, dans son ouvrage sur l'appendicite, auquel nous avons fait de larges emprunts : que souvent chez la femme l'appendicite passe inaperçue par suite de la tendance qu'on a à rapporter chez elle toute douleur localisée dans le petit bassin à une affection du système génital, utérus ou annexes.

Pour mettre mieux encore en lumière, si c'est possible, ces points de ressemblance et en même temps pour indiquer les dissimilitudes, nous ne saurions mieux faire, croyons-nous, que de rappeler en quelques mots le tableau clinique des deux maladies dont nous cherchons à trouver le diagnostic différentiel.

I. — TABLEAU CLINIQUE DE L'APPENDICITE

L'histoire de l'appendicite est de date relativement récente : confondue naguère avec la pérityphlite, elle n'en a été séparée que grâce aux travaux de quelques auteurs, qui, par de nombreuses démonstrations ou constatations anatomiques ont montré le rôle, sinon prépondérant, du moins très important de l'appendice dans les lésions de cette région intestinale.

Quelques observations publiées au commencement du siècle étaient retombées dans l'oubli, et malgré les travaux de Mélier, dont la thèse était fort remarquable pour l'époque, malgré ceux de Bodart, Lendet et de Duplay, la lumière était loin d'être faite sur ce sujet.

Ce sont, il faut bien le dire, les chirurgiens américains, audacieux interventionnistes qui commencent à débrouiller ce chaos. Opérant hâtivement dans les cas de suppuration de la fosse iliaque droite, ils purent saisir sur le fait pour ainsi dire le processus de toute la maladie et montrer combien l'appendice joue un rôle considérable dans la plupart des cas.

Les noms de Fitz, Weitz, Bull, Schmitt doivent être inscrits en tête de ce chapitre.

En Angleterre et en Suisse, d'autres chirurgiens, en particulier

Roux, de Lausanne, apportèrent eux aussi les données acquises par leur grande expérience.

La France cependant ne reste pas au dernier rang, et si l'on veut bien se rappeler que Maurin, dans sa thèse, amis la question absolument au point, si l'on veut ne pas oublier les mémorables discussions qui ont tenu presque une année entière les diverses sociétés savantes de France, si l'on ajoute des noms tels que ceux de Talamon, de Berger, de Reclus, de Richelot, etc., etc., on comprendra combien la question a passionné les chirurgiens et les médecins du monde entier.

Quoi qu'il en soit, de cette masse d'opinions fort différentes les unes des autres, nous devons tirer une conclusion et en un mot donner le tableau clinique tel qu'il ressort de ce que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale.

Etiologie. — Les statistiques tendent à démontrer que l'appendicite affectionne plus particulièrement le sexe masculin ; c'est ainsi que Maurin, dans sa thèse, a donné le chiffre de 470 hommes sur 616 cas, ce qui fait environ 76,2 hommes % contre 23,7 femmes %.

On peut dire que l'appendicite est plus fréquente chez l'homme que chez la femme dans la proportion 3,4/1.

L'âge influe aussi sur la fréquence d'apparition : c'est entre 10 et 25 ans que l'on rencontre le plus de cas d'appendicite.

Le tempérament, l'alimentation en tant que provocateurs d'un autre facteur commun, la constipation, ont une influence indéniable.

Les constipés, en effet, soit par tempérament (arthritiques) soit par habitude (sédentaires) soit par alimentation, sont plus exposés que tous à cette affection ; les observations en font foi et d'ailleurs le mécanisme de la production de l'appendicite fait comprendre combien ces facteurs jouent un rôle important dans son apparition.

Il est enfin un dernier point sur lequel les anatomo-pathologistes ont attiré l'attention ; nous voulons parler des anomalies de longueur présentées par l'appendice.

On a vu dans des autopsies ce minuscule organe, qui n'admet à l'état normal qu'une grosse plume de corbeau dans sa cavité, acquérir une longueur de 25 à 30 centimètres, et un diamètre admettant le pouce ou l'index.

Cesont, il faut l'avouer, de bonnes conditions pour la stagnation et l'emprisonnement des bols fécaux durs, des scyballes produites par la constipation habituelle.

La valvule enfin qui le ferme (dite de Gerlach) aurait, au dire des auteurs, une importance de premier ordre, ce serait elle la vraie cause de l'emprisonnement des corps étrangers ; elle se fermerait dès qu'un de ces derniers aurait pénétré dans l'appendice. Cependant il faut bien avouer que l'appendice devait être dilaté pour permettre l'entrée du corps étranger, il devait être déjà altéré. Il semble donc que l'altération de l'appendice lui-même soit le premier facteur en cause dans l'étiologie de la maladie qui nous occupe.

Les auteurs sont d'accord pour reconnaître que l'appendicite n'est pas une dans sa modalité : sans vouloir exagérer le nombre des formes observées, nous pouvons les réduire à 4 :

- 1° La colique appendiculaire ;
- 2° L'appendicite simple ;
- 3° L'appendicite suraiguë avec perforation ;
- 4° L'appendicite suraiguë avec péritonite généralisée.

Ces diverses formes, dont le pronostic est de plus en plus grave, présentent des symptômes assez différents pour que nous croyons utile de les énumérer :

- 1° *Colique appendiculaire.*

Après une période de début brutal, survenant au moment d'une

défécation, d'un effet de toux, à la suite d'un purgatif violent, et caractérisé par une douleur aiguë siégeant dans la fosse iliaque droite, apparaît une période d'état, durant en général quelques heures.

Rarement, des vomissements apparaissent ; le plus souvent, la douleur est le seul symptôme de la maladie.

Le plus souvent, en effet, la douleur se calme, une selle plus ou moins abondante apparaît, et la maladie disparaît presque aussi rapidement qu'elle est venue, ne laissant après elle aucune trace de son passage sauf une facilité très grande à sa reproduction.

2° *Appendicite simple*. — Ici l'affection est plus sérieuse : après une période de début qui peut être brusque ou non et qui est caractérisée, ainsi que la forme précédente, par une violente douleur dans la fosse iliaque, les symptômes, au lieu de s'amender, s'aggravent. La douleur persiste, il s'y joint des nausées, des vomissements quelquefois, arrivant jusqu'à donner au malade l'aspect typhique.

La douleur s'irradie de la fosse iliaque dans l'abdomen, sur l'ombilic, dans la cuisse du même côté ; en même temps la température s'élève à 39 ou 40° avec une légère rémission de 1° le matin.

L'inspection de la région montre une tuméfaction assez forte, un empâtement diffus semblant dessiner quelquefois l'appendice sous-jacent gonflé et rempli de gaz. Cette tuméfaction est tantôt mate, tantôt donne à la percussion le bruit dit hydro-aérique, indiquant la présence simultanée dans son intérieur de gaz et de liquides.

Cette tuméfaction, rapprochée des vomissements porracés, indique la part du péritoine dans l'affection qui nous occupe, péritoine qui est le siège d'une inflammation assez violente provoquant la formation d'exsudats et de fausses membranes.

La résolution peut se faire, mais les exsudats sont lents à se

résorber, il reste longtemps une tuméfaction dans la fosse iliaque, et l'on sent dans la profondeur une petite tumeur de la grosseur du doigt, peu mobile mais sensible à la pression : c'est l'appendice.

D'autres fois, la résolution n'arrive pas ; la maladie suit son cours, l'appendice se perfore, et l'on a, suivant le cas, la troisième ou quatrième forme, dont nous allons parler.

3° Appendicite subaiguë avec perforation, mais avec péritonite localisée. — Les symptômes de début sur lesquels nous ne reviendrons pas, sont ceux des formes précédentes, il s'y ajoute seulement un nouveau facteur, formation d'une péritonite localisée, enkystée, mais purulente.

La paroi abdominale, cedémateuse, soulevée par les exsudats péritoniques, devient très sensible à la pression.

La température s'élève dans les environs de 39°, marchant par grandes oscillations, dénotant une suppuration assez rapide.

En somme, le médecin se trouve en présence des signes d'une péritonite purulente mais localisée : frissons, températures élevées, vomissements, empâtement de la région iliaque droite, etc...

Cette forme peut se terminer par résolution comme la précédente, mais généralement l'abcès se vide.

S'il se fait par la peau, l'intestin, la vessie même chez l'homme, chez la femme par le vagin, le mal n'est pas grand, on ne doit craindre que l'épuisement du malade par suppuration prolongée. Mais que la barrière péritonéale devienne impuissante à protéger la grande séreuse, que ce cordon sanitaire pour ainsi dire, soit rompu en un point, une péritonite aiguë et généralisée en sera la conséquence, et nous présentera les symptômes de la quatrième forme dont nous allons parler.

4° Appendicite avec péritonite suraiguë. — Nous n'entrerons pas dans de longs détails sur cette dernière forme ; outre que

Le médecin a rarement l'occasion de faire à son sujet un diagnostic différentiel, nous croyons en avoir assez dit dans le précédent article pour n'avoir pas à y revenir ici.

Les symptômes en seront en effet ceux d'une péritonite aiguë et généralisée, entraînant la mort à courte échéance.

L'anatomie pathologique, non pas des formes bénignes guérissant sans intervention, mais des formes moyennes et graves, démontre que deux modes de terminaison différents l'un de l'autre sont en rapport avec la rapidité du processus de la maladie.

Si l'ulcération de l'appendice est lente, il se fait autour de lui des adhérences; le péritoine s'épaissit, des brides néo-membraneuses se forment, enkystent cette partie de la séreuse, l'isolent de la grande cavité et empêchent le pus, dans le cas de rupture, de se porter au-delà, elles jouent le rôle des adhérences protectrices si fréquentes dans les cas de perforation des suppurations pelviennes à travers les organes du petit bassin.

Mais si l'ulcération de l'appendice suit un processus rapide, les adhérences, n'ayant pas eu le temps de se produire ou n'ayant pas encore assez de résistance, laissent le pus s'épancher dans la grande cavité du péritoine et y déterminer une péritonite généralisée rapidement mortelle.

CHAPITRE II.

Tableau clinique de l'ovaro-salpingite

C'est encore ici aux chirurgiens que revient l'honneur d'avoir fait l'histoire de l'ovaro-salpingite ; ainsi que le dit Delbet ¹, « il a fallu que les salpingites fussent traitées chirurgicalement pour prendre la place qu'elles méritaient. »

Les auteurs qui s'en sont occupés ont montré combien cette association de l'ovarite avec la salpingite était fréquente et combien, ainsi que le dit Pozzi ² : « l'inflammation de l'ovaire accompagne dans l'immense majorité des cas l'inflammation de la trompe ; c'est ce qui justifie le titre d'ovaro-salpingite que l'on a donné à cette affection. »

Mais à l'inverse de l'appendicite, l'ovaro-salpingite se présente à peu près toujours avec le même cortège de symptômes ; nous allons essayer de les résumer en quelques mots :

L'étiologie en est très complexe, toutes les infections venant d'organes voisins peuvent la provoquer ; la blennorrhagie, les métrites de tout genre, en sont la cause la plus habituelle.

Elle apparaît dans la phase active de la vie génitale de la

¹ Delbet ; Des suppurations chez la femme. Paris, 1891.

² Pozzi ; Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie, 1890.

femme, entre 20 et 35 ans généralement, et généralement atteint les deux côtés à la fois.

Nous disons généralement, car Delbet donne comme fréquence de ces salpingites bilatérales le chiffre de 120 sur 210 cas, soit 57,6 p. 100 environ, soit plus de la moitié. On ne sait exactement pourquoi dans le cas où la lésion est unilatérale elle est plus fréquente à gauche. Les faits sont là pour le dire : Martin, dans sa statistique, a vu sur 196 lésions unilatérales, l'ovaro-salpingite siéger 138 fois à gauche, 58 seulement à droite.

Retenons d'ores et déjà ce chiffre de 58 fois à droite, car c'est dans ce cas que la difficulté existe pour le diagnostic différentiel entre l'ovaro-salpingite et l'appendicite, qui fait le sujet en partie de notre étude.

Symptômes. — Le début de la maladie affecte deux modalités différentes. Quelquefois il est brusque, aigu, c'est l'exception durant alors 2 à 3 septénaires, au bout desquels les lésions définitives sont constituées ; d'autres fois, il est insidieux, peu bruyant, mais on arrive quand même à des résultats identiques.

La douleur est le symptôme dominant et caractéristique de l'affection. Elle a son siège dans la ou les fosses iliaques, suivant que la lésion est uni ou bilatérale, mais chose digne de remarque, prédomine à gauche même avec des lésions bilatérales. Cette douleur s'atténue par le repos, mais non par la flexion de la cuisse sur le bassin, comme dans l'appendicite.

Quelquefois, ainsi que l'a signalé Terrillon, elle n'apparaît franchement aiguë que trois à quatre heures après le repas ; cette particularité serait due, suivant lui, à des adhérences siégeant entre les annexes et l'appendice.

L'affirmation de cet auteur est à retenir pour notre deuxième partie où, ainsi que nous le verrons, nous traiterons des salpingites d'origine appendiculaire ; ces adhérences pourraient bien

en effet être le vestige de ces péritonites périappendiculaires dont nous avons parlé lorsque nous faisons le tableau symptomatique de l'appendicite.

En même temps, si la salpingite suit son cours et suppure, les phénomènes généraux de suppuration se montrent. On peut avoir des frissons, de la céphalée, des écarts brusques de la température indiquant qu'une purulence se développe en un point quelconque de l'organisme.

* Les symptômes objectifs semblent suivre une marche parallèle aux subjectifs ; en même temps il se développe dans la fosse iliaque un empâtement profond, par le palper abdominal on décèle quelquefois une tumeur douloureuse à la pression, surtout sur une ligne allant de l'épine iliaque inférieure à l'ombilic ; dans ces cas, on perçoit aussi ce que l'on a appelé le *plastron abdominal*, c'est-à-dire un œdème localisé à la paroi et donnant la sensation d'une feuille de carton mouillée insérée sous la peau de l'abdomen.

Le toucher vaginal démontre aussi à travers les culs-de-sac vaginaux l'existence d'une tumeur, d'un empâtement siégeant dans le petit bassin, et d'une sensibilité à la pression très considérable, provoquant une douleur exquise, comme le dit Gallard¹.

La menstruation est constamment troublée et le signe est important, ainsi que nous le verrons plus tard.

La terminaison heureuse de cette affection est rare, le plus souvent la maladie passe à l'état chronique, à moins qu'un accident aigu, la rupture de la trompe, dans le péritoine, ne vienne ajouter à ces signes ceux d'une péritonite suraiguë, enlevant la malade en quelques heures.

L'anatomie pathologique basée soit sur des autopsies, soit sur des examens sur le vivant, à la suite d'une intervention chirurgicale, a montré qu'il se formait autour de la trompe enflammée,

¹ Gallard ; Leçons cliniques sur les maladies des ovaires.

une péritonite pelvienne avec épaissement considérable de la séreuse ; des travées de fausses membranes cloisonnent le petit bassin, formant une infinité de petites logettes dans lesquelles le pus forme de petits amas, de petits abcès, et transformant, suivant une heureuse comparaison, la cavité du petit bassin en une éponge purulente.

On comprend combien alors une lésion de cette nature a peu de tendance à guérir, et combien l'intervention est difficile.

CHAPITRE III.

Analogies et différences dans la symptomatologie de ces deux affections.

Examinons maintenant ce que nous avons d'analogue ou de semblable dans les deux affections, mettons au contraire en opposition les points par lesquels elles diffèrent, et nous établirons, croyons-nous, d'une part en quoi le diagnostic différentiel est difficile ; d'autre part, quels sont ceux de ces symptômes sur lesquels nous devons nous appuyer à l'avenir pour les distinguer.

Nous suivrons en cela la même marche que précédemment, c'est-à-dire que nous comparerons les données étiologiques, symptomatiques et anatomo-pathologiques.

A. — RESSEMBLANCES.

L'appendicite et la salpingo-ovarite, avons-nous vu, sont toutes deux des affections de l'âge moyen de la vie.

C'est, en effet, de 10 à 25 ans qu'apparaît l'appendicite.

et de 20 à 35 ans — l'ovaro-salpingite.

Le début des deux affections peut être brutal surtout pour l'appendicite, qui a plutôt ce caractère que l'ovaro-salpingite ; cependant, il est des cas où la douleur qui accompagne cette

dernière débute brusquement : peut-être dans ces cas s'agit-il d'une rupture de trompe kystique, déjà atteinte dès longtemps de pyosalpinx, mais autour de laquelle des adhérences péritonéales ont créé une barrière suffisante pour empêcher la diffusion du pus dans le péritoine. Quoi qu'il en soit, il est certain qu'il existe des cas où l'ovaro-salpingite peut débiter brusquement.

Mais ce sont surtout les symptômes qui peuvent induire en erreur le clinicien.

La douleur en effet, la tuméfaction dans la fosse iliaque, la matité de cette région, les vomissements, existent dans les deux cas.

La douleur siège au niveau des annexes, dira-t-on, dans l'ovaro-salpingite, mais on sait que dans le petit bassin la trompe et l'appendice peuvent fort bien être en rapport, surtout si ce dernier présente une longueur exagérée ; on en a vu s'être mis en rapport non seulement avec la trompe, mais avec l'utérus et le vagin. Donc, du côté du siège de la douleur la distinction est malaisée à faire. On sait, d'ailleurs, combien le siège d'une douleur est peu en rapport avec sa cause productrice : dans les lésions du foie, n'a-t-on pas presque constamment de la douleur au niveau de l'épaule droite ? Dans les affections utérines avec déviation, ne voit-on pas les femmes se plaindre de douleurs coccygiennes, ou même de douleurs lombaires ? Donc, de ce côté, nul espoir à conserver pour établir un diagnostic différentiel. La tuméfaction de la fosse iliaque est un deuxième symptôme que l'on peut trouver dans les deux affections.

Cette tuméfaction, rare dans les cas légers, atteint son plus haut point dans les cas graves. Or, examinons quelle en est la cause. C'est généralement le péritoine enflammé, épaissi, doublé de fausses membranes, qui en est le facteur le plus important. L'anatomie pathologique nous le montre ainsi dans les deux cas. Qu'il s'agisse de l'inflammation de l'appendice, ou d'une inflammation annexielle, le péritoine réagit toujours à sa façon et par

le même mécanisme : il s'enflamme et fait des fausses membranes. La matité qui accompagne ce phénomène est la même dans ces deux cas, elle dérive d'ailleurs de la même cause. Les vomissements enfin font partie du même syndrome des accidents péritonéaux et ne sauraient en aucune façon venir en aide au diagnostic.

B. — DIFFÉRENCES.

Heureusement que, si les deux affections offrent entre elles des points de ressemblance, elles s'éloignent d'autre part l'une de l'autre par d'autres points.

C'est ainsi que l'étiologie des deux maladies est loin d'être la même, du moins dans la généralité des cas.

Les hommes, a-t-on dit, sont plus exposés à l'appendicite que les femmes ; il est difficile de discuter cette question qui se rattache justement à celle que nous voulons résoudre. Mais il est d'autres facteurs étiologiques sur lesquels on peut se baser : c'est ainsi que les tempéraments constipés sont plus sujets à l'appendicite, que la bilatéralité de l'affection doit faire rejeter l'idée d'appendicite, que l'intégrité de la menstruation avant le début des accidents doit faire adopter plutôt le diagnostic d'appendicite, que celui d'ovaro-salpingite.

Mais les symptômes cardinaux eux-mêmes, dont nous avons déjà parlé, présentent entre eux des différences suffisantes pour qu'on les sépare les uns des autres.

La douleur, avons-nous dit, est la même dans les deux cas. C'est vrai, en thèse générale, mais en particulier, on peut remarquer que la douleur de l'appendicite est modifiée par la flexion de la cuisse sur l'abdomen, tandis que celle de l'ovaro-salpingite ne l'est pas.

Au point de vue de la tuméfaction de la fosse iliaque, notons aussi cette particularité que la matité, qui est la règle dans l'ova-

ro-salpingite, ne l'est pas dans l'appendicite. Souvent, dans ce dernier cas, l'appendice gonflé d'air et de gaz vient se mettre en contact avec la paroi abdominale, réalisant ainsi les conditions de production du bruit hydroaérique à la percussion.

Enfin, l'anatomie pathologique, bien qu'étant la même microscopiquement, diffère lorsqu'on examine les agents microbiens de production de l'une ou l'autre maladie.

Dans l'appendicite, en effet, le *bactérium coli commune* fait à peu près à lui seul les frais de la lésion ; dans l'ovaro-salpingite, au contraire, la variété des agents producteurs est considérable. Une statistique due à Wertheim et portant sur 116 cas de pyosalpinx, dont il a examiné le pus, lui a donné :

Des gonocoques.....	32 fois
Des streptocoques.....	6
Des staphylocoques.....	1
Des pneumocoques.....	1
Des microbes non classés.....	4
Aucun microorganisme.....	72

De l'examen de ces deux tableaux et de la comparaison que nous en avons faite, il résulte que le diagnostic différentiel entre ces deux affections, n'est pas chose toujours facile.

Bien que des différences assez sensibles existent entre elles, il n'en est pas moins vrai que, dans certains cas déterminés, il n'y ait une réelle difficulté à porter un diagnostic.

Ceci n'est pas une simple vue de l'esprit, mais une réalité de la pratique courante, et pour le prouver, il nous suffira de citer quelques exemples de ces faits puisés dans la littérature médicale.

Le docteur Asaby, de Baltimore, prétend même que l'appendicite n'est jugée rare chez la femme que parce qu'elle passe souvent inaperçue, ou du moins par suite de la tendance que l'on a

chez elle à rapporter aux annexes toute douleur ou toute lésion siégeant dans leurs environs.

Voici ces quelques observations :

Première observation.

Appendicite subaiguë prise pour une salpingite. — Laparotomie (Richelot)¹.

Une femme entra dans le service de Richelot, avec tous les signes d'une salpingite ou d'une lésion annexielle.

Il y avait de la tuméfaction de la région de la fosse iliaque droite.

Le toucher vaginal faisait percevoir, dans le cul-de-sac vaginal droit, la sensation d'une trompe dilatée et enflammée.

De plus, la malade se plaignait de douleurs vives au repos, rendant la marche impossible.

On fait la laparotomie et on trouve une trompe et un ovaire sains sans lésion d'aucune sorte, mais l'appendice iléo-cæcal était dilaté, volumineux et adhérent à la trompe droite.

On le réséqua, il contenait un abcès pariétal, mais pas de corps étranger.

Observation II.

Hématocèle mortelle en 48 heures; prise pour une appendicite perforante subaiguë (Burcke)².

A l'autopsie d'une femme morte avec le diagnostic d'appendicite perforante aiguë dont elle semblait avoir présenté les symptômes, on trouva une vaste hématocèle rétro et péri-utérine dont les suites avaient amené la mort.

Voici un autre cas où l'erreur inverse fut commise.

¹ Richelot ; Soc. de Chirurgie, 15 octobre 1890.

² Burcke ; New-York Med. Record, 1880.

Observation III.

Appendicite suraiguë perforante prise pour une hématocele (Burcke)¹.

A l'autopsie d'une femme chez laquelle on avait diagnostiqué durant la vie une hématocele, on trouva un appendice volumineux perforé et, qui plus est, un utérus gravide, fait qui devait avoir encore plus gêné le diagnostic.

Ce fait de la coexistence d'une grossesse avec l'appendicite rend encore plus difficile le diagnostic différentiel.

Voici quelques observations sur ce sujet.

Observation IV.

Appendicite aiguë perforante au cours d'une grossesse. — Accouchement prématuré. — Mort. — Autopsie (Oppenheimer)².

Une femme, arrivée au 7^e mois d'une grossesse, fut prise tout à coup de vomissements, de fièvre, de gonflement de la rate, en somme de tous les accidents indiquant une infection rapide. Il n'y avait ni tumeur, ni grosseur perceptible vu le volume de l'utérus.

Trois jours après, elle accoucha d'un enfant qui mourut peu de jours après.

La fièvre persista malgré cela, et sous les yeux du médecin se développa en quelques jours une tumeur, du volume d'une tête d'enfant siégeant dans le flanc droit.

On pensa à une tumeur d'origine rénale.

Sur ces entrefaites la malade mourut, et à l'autopsie on trouva une appendicite stercorale avec perforation.

¹ Burcke ; *Loc. cit.*

² Oppenheimer ; Berlin. Klinik. Voch, 1891.

L'appendice anormalement placé derrière le cæcum avait crevé dans le tissu rétro-péritonéal où l'abcès avait fusé.

Observation V.

Harrington a de même rapporté un cas de déviation de l'appendice simulant une tumeur de l'ovaire.

Ainsi qu'on le voit par la lecture de ces observations l'erreur est possible entre les cas de pyosalpinx et ceux de lésion de l'appendice. Comment l'éviter ? telle est la question qui se pose naturellement à l'esprit.

Certes, pour quelques-unes des formes signalées, soit d'appendicite, soit de salpingite, la confusion n'est pas possible, mais pour les cas pouvant se simuler on se basera ou sur l'interrogatoire ou sur ces symptômes ou enfin sur l'exploration directe.

CHAPITRE IV.

Propagation des maladies de l'appendice aux annexes de l'utérus.

Une deuxième série de faits, non moins intéressants que ceux dont nous venons de parler, semble aujourd'hui prendre une certaine importance par suite de nouvelles recherches plus précises que les anciennes sur la structure et les rapports des organes pelviens chez la femme.

Nous avons déjà dit dans la première partie que l'appendice pouvait se déplacer, pouvait, par sa longueur exagérée, venir se mettre en contact avec les annexes utérins, soit la trompe, soit l'ovaire. On comprend que dans des cas pareils une inflammation de l'appendice puisse se transmettre à ces annexes.

Mais voici qui est plus neuf : l'anatomie précise démontre que, l'ovaire et l'appendice sont reliés entre eux par un appareil péritonéal particulier, contenant des vaisseaux, des lymphatiques, en un mot, réalisant les conditions nécessaires pour le passage des micro-organismes de l'un à l'autre.

Cet appareil, c'est le ligament utéro-ovarien, de description récente d'ailleurs, et dont aujourd'hui le nom doit être changé en celui de *ligament appendiculo-ovarien*, vu les insertions importantes qu'il contracte avec l'appendice.

Pour bien faire saisir le sujet, voici en quelques mots la

nature des modifications imprimées à l'anatomie de cette région et de celigament en particulier.

Hassé¹ le considérait comme un repli péritonéal réunissant le pavillon de la trompe et l'extrémité externe de l'ovaire au milieu de la paroi latérale du détroit supérieur.

Schultze² lui donne la même forme, mais reculant son insertion à la paroi pelvienne, lui assigne le 1/3 postérieur de la paroi du bassin.

Rouget³, recherchant la solution de la difficulté et surtout comparant avec ce qui se passe chez les animaux où l'on trouve un vrai ligament rond supérieur, a constaté que ce ligament existe en effet, mais défiguré, diffus, ayant subi pour ainsi dire une dissection, un éparpillement complet, le transformant en une lame musculaire, ou plutôt en une série de fibres incluses dans le ligament large et présentant plusieurs directions. C'est une de ces séries de fibres qui pour lui, va réunir l'ovaire et le pavillon à la paroi. Voici d'ailleurs ce qu'il en dit :

« L'existence de ces faisceaux étant constatée, si on cherche maintenant à suivre leur trajet, leurs connexions, on voit qu'un certain nombre d'entre eux s'irradient dans le feuillet postérieur du ligament large et se portent en dedans vers l'utérus, que d'autres soulèvent le péritoine en forme de pli, s'infléchissent en dehors à la hauteur de l'ovaire et s'attachent au pavillon, tandis que le plus grand nombre, accompagnant les vaisseaux jusqu'au hile de l'ovaire, en partie semblent pénétrer dans le parenchyme de la glande, en partie traversent le bulbe érectile, et, continuant leur trajet dans l'aileron de la trompe, vont se perdre dans l'enveloppe contractile de ce conduit. »

¹ Hassé ; Arch. für gynec. Bd. VIII, pag. 402.

² Schultze ; Arch. f. gynoc., IX, pag. 262.

³ Rouget ; Journal de Brown-Séquard, 1858.

Vallin ¹ est du même avis que lui, sauf pour la terminaison de ce ligament qu'il fait remonter vers la région lombaire.

Voici maintenant d'autres auteurs qui, portant leurs investigations plus loin, ont cherché, chez la femme, la suite de ces fibres musculaires jusqu'à leur insertion pelvienne et ont trouvé le point d'union, la communication entre les deux organes en question :

« Chez la femme, l'appendice iléo-cæcal, grace à sa situation pelvienne, vient se mettre en rapport avec la face postérieure du ligament, large ; souvent il est en contact avec l'ovaire et la trompe. »

« En relevant l'appendice, on peut voir qu'il se forme un repli péritonéal qui part de son méso pour aller se continuer avec le bord supérieur du ligament large à concavité supérieure ; on pourrait donner à ce repli le nom de *ligament appendiculo-ovarien*. Il est falciforme, sa partie moyenne la moins haute répond aux vaisseaux iliaques et mesure 1 à 2 centim. de hauteur. »

Et plus loin, il ajoute : « Ce ligament est presque constant et représente un organe *établissant des communications lymphatiques entre l'ovaire et l'appendice vermiculaire* ² »

Des recherches pratiques de M. Durand ³, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon, il résulte que ce ligament existe dans les deux sexes, mais que c'est chez la femme qu'on le trouve dans son complet épanouissement.

Pour lui, la partie inférieure, celle qui adhère à l'appareil génital, aurait ses insertions sur la trompe et le pavillon, comme le dit Vallin ⁴ ; pour la partie supérieure, celle qui est en rap-

¹ Vallin ; Thèse de Paris, 1887.

² Clado ; Gazette des Hôpitaux.

³ Durand ; Progrès médical, n° 27, 1895.

⁴ Vallin ; *Loc. cit.*

port avec l'appareil iléo-cæcal, il existe quelques variations individuelles, portant sur le point exact d'insertion. C'est ainsi qu'on peut avoir des insertions :

- 1° Sur le méso de l'appendice, c'est le cas le plus fréquent ;
- 2° Sur le péritoine qui enveloppe la fin de l'iléon ;
- 3° Exceptionnellement sur le renflement cæcal.

C'est dans le ligament que l'on trouve non seulement l'artère utéro-ovarienne et le riche paquet de vaisseaux veineux qui l'accompagne, mais, fait bien plus important, les lymphatiques qui se rendent de l'utérus aux ganglions lombaires¹.

Il nous semble donc démontré, par cela, que d'une part si la trompe et l'appendice peuvent être en rapport direct par suite d'anomalies de longueur de cet organe, d'autre part ils sont en rapport constant par les lymphatiques contenus dans ce repli péritonéal, par cette bride, les unissant non seulement ainsi qu'on l'a vu, mais encore mettant en communication constante et normale les atmosphères cellulaires des deux organes, permettant ainsi aux inflammations ou à leur cause, les micro-organismes, de se transporter avec facilité de l'un à l'autre.

On tire de suite cette déduction qu'il peut y avoir des salpingites par propagation, et l'on oppose ainsi ces salpingites de cause externe, dans lesquelles l'infection se fait par la continuité de la cavité utérine, aux salpingites de cause interne dans lesquelles cette infection suit au contraire le chemin inverse.

C'est à Pozzi que revient l'honneur d'avoir le premier signalé les cas de ce genre, c'est-à-dire d'avoir nettement déterminé l'origine intestinale de certaines salpingites.

Chez trois malades qu'il a laparotomisées, il a vu des trompes dilatées atteintes de pyosalpinx manifestement en rapport avec une ancienne lésion de l'intestin, soit entérite, soit fièvre typhoïde.

¹ Poirrier ; Progrès médical, 1889.

Pour lui les moyens de propagation sont de deux sortes : ou bien des adhérences se sont formées entre l'appendice iléo-cæcal enflammé et les trompes : des néomembranes se sont peu à peu organisées, contenant bientôt des vaisseaux et une atmosphère péri-vasculaire à travers laquelle les micro-organismes, hôtes habituels de l'intestin, ont pu fuser; ou bien sans qu'il se soit produit d'adhérences, l'infection s'est transmise d'un organe à l'autre en suivant les lymphatiques signalés par Clado dans le ligament appendiculaire, si bien décrit par lui.

Byron Robinson dit que du côté droit, il est souvent difficile de dire s'il y a appendicite ou salpingite : il croit que l'appendicite est une cause assez fréquente de salpingite.

Franklin Martin affirme que l'appendicite amène assez souvent la salpingite et *vice versa*. Il a vu un cas très net d'appendicite avec adhérences de l'appendice à la trompe droite, absolument saine. Nous pouvons rapprocher ce cas de l'observation de Sylvie S... (Obs. ix).

Ce fait est d'une importance extrême en pratique, on le conçoit. Si en effet aux difficultés déjà constantes pour le diagnostic différentiel entre les deux affections, on ajoute la possibilité de la transmission des inflammations de l'un à l'autre organe, on comprendra combien le chirurgien pourra être embarrassé.

Dans ces cas d'ailleurs, il ne s'agit pas de chercher à faire ce diagnostic différentiel, il est presque impossible sans intervenir d'une façon quelconque.

On pourrait, ce nous semble, dans des cas de ce genre, avant d'en arriver à une intervention complète, commencer par une ponction exploratrice de la collection.

On retirerait ainsi un peu du liquide contenu dans la trompe, et si dans ce liquide on trouvait le *bacterium coli commune*, on pourrait conclure à la propagation.

Nous ne nous dissimulons pas cependant que cet essai de

diagnostic est basé sur une bien faible considération; en effet, nul n'ignore aujourd'hui que ce micro-organisme d'origine intestinale a été trouvé à peu près dans toutes ces inflammations para-intestinales. On connaît aujourd'hui même des cystites à *bacterium coli commune*, par conséquent la présence de cet élément dans une collection salpingienne ne serait qu'un bien faible argument pour en conclure à son origine appendiculaire.

Il existe cependant des cas dans la science où sa présence a pu être constatée. Voici une observation dans laquelle on l'a trouvé.

Observation VI.

Appendicite coïncidant avec une grossesse tubaire. — Rupture du sac embryonnaire. — Mort. Autopsie (Welch⁴).

Une femme chez laquelle on avait diagnostiqué une grossesse extra-utérine tubaire sentit tout à coup une violente douleur dans la fosse iliaque droite. — Des signes d'hémorrhagie intense s'étant produits, pour s'assurer de la nature du liquide on fit une ponction exploratrice. Elle ramena un liquide sanglant qui, ensemenché, donna de belles cultures de *bacterium coli commune*.

On fit immédiatement une laparotomie pour tâcher de tarir l'hémorrhagie, mais la femme affaiblie mourut pendant l'opération.

A l'autopsie on trouva, en effet, une grossesse extra-utérine tubaire rompue, était adhérent à l'appendice, volumineux et dilaté. — Une péritonite généralisée avait été la conséquence de cette rupture.

Voici encore quatre autres exemples fort nets, fournis par les observations de quatre malades traités et guéris par M. le professeur Tédénat, qui a bien voulu nous les communiquer et que nous ne saurions trop remercier.

⁴ Welch; New-York med. Rec., 1891.

Observation VII.

Service de M. le professeur Tédénat. — Observation recueillie par
M. Spataros.

Appendicite suppurée adhérente à un pyosalpinx droit. — Intégrité des annexes du côté gauche. — Laparotomie. — Ablation des annexes droites et de l'appendice. — Guérison.

Catherine S..., 25 ans, consulte M. le professeur Tédénat. le 20 novembre 1891. Elle est bien constituée, bien réglée entre 14 ans et 22 ans.

A 22 ans les règles deviennent douloureuses, abondantes, durant huit à dix jours. Leucorrhée abondante il y a dix mois : accidents de pelvi-péritonite. Les douleurs violentes siègent d'emblée assez haut dans le flanc droit et sont médiocres dans la région sacrée. Constipation excessive, guérison après une débâcle, mais il reste ensuite après huit à dix jours une induration de quatre à cinq travers de doigts au-dessus de l'arcade crurale droite.

Trois mois après, nouvelle atteinte semblable à la première, mais un peu moins violente peut-être. Quand la malade consulte M. le professeur Tédénat, elle est pâle, amaigrie, constipée aussi de temps en temps, avec des débâcles. Les pertes durent huit, dix, douze jours, la leucorrhée est médiocre.

Le palper abdominal permet de constater une plaque d'induration arrondie, circulaire, large de 7 à 8 centim. et placée sur la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque droite antéro-supérieure. Cæcum nettement distendu par les gaz. La plaque susdite est très sensible à la pression.

Par le toucher vaginal, l'utérus est en position normale, col entr'ouvert sans déchirure : cul-de-sac antérieur latéral gauche et postérieur libres, les annexes du côté gauche sont perceptibles et ne paraissent aucunement malades.

Du côté droit, la trompe paraît saine dans sa moitié interne, elle est distendue avec la forme et les dimensions d'un œuf et haut placée dans sa moitié externe, qui paraît se rattacher au plastron inflammatoire perceptible à la partie supérieure de la fosse iliaque droite.

M. Tédénat croit à une appendicite ayant déjà donné lieu à deux rechutes, et il se base sur la situation élevée du plastron inflammatoire ainsi que sur l'intégrité des annexes gauches. Comme il y a eu déjà deux rechutes d'appendicite, il propose la laparotomie et elle est faite huit jours après.

Opération. — Incision sur le côté externe du muscle droit au niveau du placard. Adhérences nombreuses difficiles à déchirer. On y parvient et on voit l'appendice iléo-cæcal qui a la dimension du petit doigt, distendu à son extrémité en ampoule arrondie, entouré de fausses membranes épaisses, grisâtres, qui le rattachent à la trompe, laquelle contient une collection purulente du volume d'un œuf de poule surtout à sa partie interne.

Décortication difficile, ligature de l'appendice à sa base, ligature et amputation de la trompe à son origine, autre ligature à la partie externe du ligament large. Cautérisation au thermocautère du moignon d'amputation, tamponnement à la Mickuliez.

La malade a deux vomissements dans la journée, la température atteint une seule fois 38°,5 dans les cinq premiers jours, le pouls oscille entre 100 et 120.

Après quelques jours, ablation du Mickuliez et entretien de trois fils d'attente.

Réunion complète le quinzième jour.

M. le professeur Tédénat a revu la malade en novembre 1894, elle ne souffrait aucunement, mais présentait un léger degré d'éventration pour laquelle une opération radicale a été refusée, la malade se trouvant très peu incommodée.

Observation VIII.

Service de M. le professeur Tédénat.

Appendicite à rechutes. — Ovaro-salpingite. — Laparotomie. — Résection de l'appendice par fragments. — Guérison.

Victorine T..., 40 ans, est envoyée à M. le professeur Tédénat, par le D^r B. . . . de S. . .

Bonne santé habituelle, réglée à 12 ans, perd pendant trois à quatre jours avec quelques douleurs la veille.

Mariée à 19 ans, n'a pas eu de grossesse.

Il y a sept ans, frissons, fièvre, constipation, ventre douloureux, nausées, la convalescence fut pénible et dura plusieurs mois.

Déjà depuis deux ou trois ans, la malade éprouvait quelques troubles digestifs et ressentait dans le flanc droit et la fosse iliaque des douleurs lancinantes. Les règles sont supprimées depuis le mois de mai 1892, sans autre accident que les douleurs du flanc droit en septembre dernier. Douleurs très vives dans la fosse iliaque droite et le flanc droit, constipation, perte d'appétit.

Quand la malade entre à l'hôpital, le 10 avril, elle est faible, amaigrie, plutôt constipée avec de temps en temps de vives douleurs dans le flanc droit et la fosse iliaque, où l'on a appliqué deux cautères qui suppurent depuis un mois.

Le flanc droit est un peu empâté sur une ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure et au-dessous de cette ligne par le toucher combiné au palper abdominal on sent l'utérus en rétroversion légère, les annexes gauches sains et mobiles, les annexes droits englobés dans un exsudat qui occupe et distend le cul-de-sac latéral droit et se continue avec le plastron de la fosse iliaque.

20 avril. Laparotomie latérale : on arrive sur des masses

d'inflammation chronique, qui sont déchirées et desquelles la pince-gouttière de Tripier permet l'extraction d'une cuillerée à dessert de pus. L'appendice est enlevé par morceaux, et on se contente de drainer avec deux tubes entourés de gaze iodoformée.

Pas d'accidents jusqu'au 24, ce jour-là on constate une petite fistule stercorale qui est fermée complètement le 28. A cette date la malade se nourrit, va à la selle, souffre peu ; l'induration diminue soit dans le cul-de-sac, soit au niveau des drains.

Le 3 mai, ablation des drains, la malade sort le 11 juin sans plaie, sans fistule, ne souffrant pas, ayant très bon appétit.

M. le professeur Tédénat l'a revue en juin 1894 et a constaté la disparition presque complète de toute induration des annexes. Pas la moindre constipation, pas la moindre douleur.

Observation IX.

(Service de M. le professeur TÉDENAT et recueillie par M. VIEU).

Appendicite à rechutes, adhérences étendues de l'appendice avec la trompe et l'ovaire à peu près sains. Intégrité des annexes du côté gauche.

Sylvie S..., 30 ans, fortement constituée, sans antécédents pathologiques dans les ascendants ; réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans, pendant trois ou quatre jours sans douleur. Deux accouchements réguliers et à terme, l'un à 23, l'autre à 28 ans.

Il y a deux ans, la malade, ordinairement un peu constipée, éprouvait depuis cinq à six jours quelques vagues douleurs dans la fosse iliaque droite, quand tout à coup les douleurs devinrent très vives à droite de l'ombilic, s'accompagnant de nausées, de vomissements, de ballonnement du ventre, de légers frissons. Cet état dura cinq jours, au bout desquels, sous l'influence d'un laxatif, une selle abondante survint, à la suite de laquelle le gonflement du ventre et les douleurs diminuèrent sensiblement.

Mais il resta pendant cinq ou six mois de la sensibilité et un peu d'empâtement dans la fosse iliaque droite.

Depuis cette époque, la menstruation, jusque-là indolore, s'accompagne de tiraillements sur la région sacrée et dans le pli de l'aîne droit, elle n'est pas plus abondante et ne s'accompagne pas de leucorrhée.

Cinq mois après cette crise, une autre semblable, mais un peu plus intense, survint; elle s'accompagna de fièvre, de quelques vomissements, de constipation et laissa après elle un plas-tron mal limité et douloureux dans la fosse iliaque droite.

Troisième crise légère du 10 au 20 janvier 1890, elle laisse de la sensibilité, des douleurs lombaires plus accentuées qu'avant.

Quatrième rechute très légère dans les premiers jours de mai 1890.

La malade consulte M. Tédénat le 25 mai.

A cette époque, la malade est pâle, amaigrie, présente un faciès souffrant; elle a peu d'appétit, est constipée avec des douleurs légères pendant la défécation.

Il existe une légère saillie arrondie dans la fosse iliaque droite, constituée surtout par du ballonnement cæcal et un léger empâtement dans lequel on croit percevoir vaguement la dilatation cylindroïde de l'appendice.

Par la combinaison du palper abdominal et du toucher vaginal, on constate que l'utérus est en position normale mobile, les culs-de-sac latéral gauche, antérieur, postérieur, souples; profondément dans le cul-de-sac droit, on sent une vague induration qui paraît se continuer avec l'induration péri-appendiculaire, laquelle paraît plus nette que par le simple palper abdominal. Quand on essaie de porter l'utérus fortement à gauche en combinant l'action de la main externe avec celle du doigt intravaginal, on provoque une vive douleur dans la fosse iliaque droite irradiée dans la cuisse.

M. le professeur Tédénat diagnostique une appendicite avec adhérences de l'appendice aux annexes droites et, à cause des rechutes multipliées, conseille une opération radicale, laquelle est faite trois jours après avec les précautions d'usage.

Opération. — Incision latérale, décollement pénible de l'appendice, qui est enveloppé d'adhérences et qui adhère par en bas à la trompe et à l'ovaire, qui paraissent sains. Ces adhérences sont coupées avec le thermo-cautère. L'appendice, du volume du petit doigt, est long de 7 centim., et après ligature au moyen d'un fil de catgut, sectionné à la base, une suture à la Lembert peut être placée sur la section. Mèche de gaze iodoformée et suture sur deux plans.

Malgré l'ouverture de la cavité péritonéale, tout se passa sans incidents, et la cicatrisation était complète le 22 juin.

La malade a été revue en décembre 1892, bien portante, bien réglée, ne souffrant plus à l'époque de ses règles, ni pendant les périodes intermenstruelles.

Remarque. — L'absence de lésions utérines et l'intégrité des annexes permettent de supposer que les adhérences qui unissaient la trompe à l'appendice étaient le résultat de l'appendicite.

Observation X.

Le 22 juillet 1893, M. le professeur Tédénat se décide à pratiquer la castration sur la nommée Maria B. . . , âgée de 39 ans, pour un fibrome qui déterminait depuis quinze ans de violentes hémorrhagies, que rien ne pouvait arrêter, et depuis quelques mois des douleurs assez vives.

L'ablation des annexes du côté gauche fut très facile, mais les annexes droites étaient haut placés, perdus dans des adhérences nombreuses, et à cause de l'état de faiblesse extrême de la

malade et d'accidents anesthésiques, M. Tédénat jugea prudent de ne pas poursuivre l'ablation pénible des annexes droites. Il enleva une masse myxomateuse du volume des deux poings.

La malade guérit de l'opération, et ses métrorrhagies furent réduites à peu de chose, l'utérus subit une régression très accentuée.

Sept à huit mois plus tard, des accidents douloureux amenèrent M. Roux (de Lausanne) à pratiquer une nouvelle laparotomie au cours de laquelle les annexes droites furent trouvés accolés à l'extrémité inférieure de l'intestin grêle et agglutinés à des adhérences qui avaient pour centre l'appendice cæcal enflammé et ulcéré en divers points.

TRAITEMENT

Le chirurgien, en présence d'un cas de cette nature, soit qu'il n'ait pu diagnostiquer exactement une salpingite d'une appendicite, soit qu'il soupçonne l'origine appendiculaire de la lésion, doit cependant, guidé par les symptômes généraux, intervenir quelquefois.

Dans ces circonstances, quelle devra être sa conduite ?

La question est embarrassante, nous l'avouons: s'en tenir aux indications classiques pour l'appendicite, et faire la laparotomie latérale de Max Schüller¹ ou l'incision parallèle à l'arcade crurale de Roux (de Lausanne), c'est s'éloigner de parti-pris de l'ovaire et de sa région.

Ces opérations, d'ailleurs, sont surtout destinées à travailler toujours en dehors du péritoine, étant donné la situation de l'appendice et surtout la tendance générale qu'ont les abcès de cette région à fuser en décollant le péritoine ou suivant le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Si l'on craint que l'ovaire ou la trompe ne soient intéressés, il est certain que le plus court chemin pour les atteindre serait la laparotomie médiane. D'ailleurs cette opération, loin d'être défavorable à la cure radicale de l'appendicite, est une des façons proposées pour arriver à ce but.

¹ Max-Schuller ; Arch. für. klin. chir., 1889.

Si, d'ailleurs, l'on réfléchit que dans ces cas douteux on a bien souvent trouvé l'appendice dévié de sa position, ayant contracté des rapports nouveaux, on comprendra combien cette laparotomie médiane, qui permet, on le sait, d'explorer avec facilité tout le petit bassin, paraît indiquée.

Ce n'est pas d'ailleurs ici une opinion personnelle :

Richelot¹, dans un cas de ce genre, doutant que l'appendice fût bien réellement en cause, pratiqua ainsi une laparotomie médiane par laquelle, ainsi qu'il le dit lui-même, il pût très bien aborder et réséquer l'appendice même dans sa position normale.

D'ailleurs, cette façon d'opérer, mettant le chirurgien plus à l'aise pour porter un diagnostic souvent difficile, doit être préférée.

Si toutefois la recherche et la résection de l'appendice, pour n'importe quelle raison, étaient difficiles, on serait autorisé à pratiquer une deuxième incision juxta-crurale, d'autant qu'on le ferait alors à coup sûr, fixé que l'on serait sur la nature et le siège exact des lésions.

Mais cette double incision compliquant l'opération et la rendant plus dangereuse est à éviter.

Dans la pratique, notre maître, M. le professeur Tédénat, préfère et de beaucoup la laparotomie latérale, non pas juxta-crurale, mais en plein tissu malade.

Il se guide pour cela sur le plastron abdominal, qui indique à l'opérateur la voie à suivre, il incise pour sa part, sur ce plastron lui-même, sûr alors de tomber exactement sur la région enflammée, que ce soit appendice ou trompe.

L'ablation de ces deux organes est facile de cette façon, et on ne court pas les chances de s'égarer ou de faire des ouvertures inutiles.

¹ Richelot ; Bull. de la Soc. de Chir., 1890.

Une fois la région ainsi atteinte, on agira suivant la nature des lésions ; si l'appendice ou la trompe sont isolément malades, on se conduira, suivant les règles indiquées par les auteurs, pour la cure de ces affections : on réséquera, si c'est nécessaire, l'appendice dans le cas où ce dernier paraîtrait seul atteint ;

Mais, comme nous le disions dans notre dernière partie, il se peut que les deux organes si voisins soient simultanément malades. Dans ce cas, la conduite du chirurgien devra se modifier, et le plus sage pour éviter les rechutes et les opérations successives, c'est de faire du même coup la résection de l'appendice et celle de la trompe.

D'ailleurs cette opération sera en général plus facile que l'une des deux isolément, car bien souvent des adhérences réuniront appendice et trompe de telle façon qu'il serait malaisé de les isoler l'un de l'autre sans danger pour l'un ou l'autre.

CONCLUSIONS

I. L'appendicite peut amener une salpingite et *vice-versa*, les rapports anatomiques de la trompe et de l'appendice expliquent bien ce fait.

Le diagnostic est souvent difficile entre l'appendicite et la salpingite droite. On devra penser à l'appendicite quand la douleur siègera haut dans la fosse iliaque et surtout quand, avec cette douleur et sur le milieu de la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, existera un plastron inflammatoire.

Si en même temps que cette douleur haut placée, on constate de l'induration dans le cul-de-sac latéral droit et de la sensibilité des annexes explorées par le vagin, on devra songer à une coexistence de l'appendicite et de la salpingite.

II. Si les annexes gauches sont saines et l'endomètre peu ou pas malade, on devra supposer que l'appendicite a été la lésion première.

III. Quand il y aura coexistence de salpingite et d'appendicite, la laparotomie sera souvent nécessaire: des rechutes multipliées en sont une indication presque formelle.

Ordinairement on fera la laparotomie latérale, et selon les cas, on enlèvera annexes et appendice, ou bien on se contentera de libérer les organes et de faire un drainage antiseptique avec la gaze iodoformée.

L'ablation donne des garanties meilleures de succès.

BIBLIOGRAPHIE.

- BOUYERET. — Thèse de Lyon, 1888.
BURKE. — New-York, Med. Record., 1880.
CLADO. — Gaz. des Hôp.
DELBET. — Des suppurations chez la femme. Paris, 1891.
DURAND. — Progrès Médical, 1895.
HASSE. — Arch. für ggn. Bd. VIII. pag. 402.
MAX SCHULLER. — Arch. für. Clin. chir., 1889.
OPPENHEIMER. — Berlin clinic. Voch. 1891.
POIRRIER. — Progrès Médical, 1889.
RICHELOT. — Soc. de Chirurgie, octobre, 1890.
ROUGET. — Journal de phys. de Brown-Séguard, 1858.
SCHULTZE. — Arch. f. gyn. IX, pag. 262.
TALAMON. — Med. moderne. Juin-octobre-novembre, 1890.
VALLIN. — Th. de Paris, 1887.
WELCH. — New-York, Med. Rec. 1891.
POZZI. — Bulletin et mémoire de la Soc. de Chirurgie, 1890.
GALLARD. — Leçons cliniques sur les maladies des ovaires.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 25 juillet 1895.
Le Recteur,
A. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 25 juillet 1895.
Le Doyen,
A. MAIRET.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciple et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
